**PROPOSTA DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

**DEMANDA ESPECÍFICA**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|  |
| --- |
| **1.1. Nome da Ação de Capacitação:**  |
| **1.2. Forma de Capacitação** ( ) Curso; ( ) Palestra; ( ) Treinamento em Serviço; ( ) Oficina de trabalho/Workshop. |
| **Modalidade:** ( ) Presencial; ( ) Semipresencial; ( ) A distância. |
| **Período do curso: Dias da semana**:  |
| **Horário sugerido:**   |
| **Local da execução da atividade:**  |
| **(PREENCHIDO PELA DCEP)****Período de Inscrição**: |
| **Carga horária total:**  |
| **(PREENCHIDO PELA DCEP)****Quantidade limite de faltas (atividades presenciais): \_\_\_\_ (80% da quantidade total de encontros presenciais)** |
| **Número de participantes**: **mínimo: máximo:**  |
| **Público-alvo**: |

**2. JUSTIFICATIVA**

Identificar de que modo a ação de capacitação desenvolverá competências específicas no setor de trabalho*.*

|  |
| --- |
|  |

**3. OBJETIVOS DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|  |
| --- |
|  |

**4. PLANO DE CURSO EX. (Especificar o quantitativo de módulos/unidades, seus respectivos conteúdos e o material a ser utilizado)**

|  |
| --- |
| **Módulo/Unidade I - Título (XX a XX.XX.XXXX)** |
| Conteúdo I | **Título:**Material a ser disponibilizado pelo instrutor (PDF - Vídeo....)  | **Período** |
| Conteúdo II | **Título:**Material a ser disponibilizado pelo instrutor (PDF - Vídeo....) |  |
| Material Complementar | Se houver |  |
| Avaliação | Instrumento de avaliação **(questionário, enquete, fórum...):** Período de avaliação:Quantidade de avaliações: Valor do conceito atribuído: |  |
| **Reposição ao final de todos os módulos** | Ao final de cada unidade/módulo será oferecida a possibilidade de recuperação para aqueles que não atingiram o percentual mínimo?**Caso sim, como será realizado?** |  |

|  |
| --- |
| **Módulo/Unidade II - Título (XX a XX.XX.XXXX)** |
| Conteúdo I | **Título:**Material a ser disponibilizado pelo instrutor (PDF - Vídeo....)  | **Período** |
| Conteúdo II | **Título:**Material a ser disponibilizado pelo instrutor (PDF - Vídeo....) |  |
| Material Complementar | Se houver |  |
| Avaliação | Instrumento de avaliação **(questionário, enquete, fórum...)**: Quantidade de avaliações: Período de avaliação:Valor do conceito atribuído: |  |
| **Reposição ao final de todos os módulos** | Ao final do curso, será oferecida possibilidade de recuperação para aqueles que não atingiram o percentual mínimo?**Caso sim, como será realizado?** |  |

**5. DADOS DOS INSTRUTORES**

**5.1 Instrutores internos (a Demanda Específica somente será iniciada após o preenchimento, com a devida assinatura, pelo(s) instrutor(es) da Proposta de capacitação, do Termo de Compromisso e do Termo de Compensação de Jornada)**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUTOR** |  |
| **Contato:** |  **E-mail:** |
| **MATRÍCULA UFRN** |  | **TITULAÇÃO:**  |
| **CPF** |  |
| **CARGA-HORÁRIA** |  |
| Valor total de pagamento (preenchido pela DCEP) |  |
| **Aspectos Financeiros**( ) sem movimento de recursos financeiros ( ) com movimento de recursos financeiros (pagamento de Instrutor) |

**5.2 Instrutores externos (a Demanda Específica somente será iniciada após o preenchimento, com a devida assinatura, pelo(s) instrutor(es) da Proposta de capacitação e do Termo de Compromisso)**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUTOR** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |
| **CPF** |  |
| **PIS/PASEP** |  |
| **CARGA-HORÁRIA TRABALHADA** |  |
| Valor total de pagamento (preenchido pela DCEP) |  |
| **E-MAIL** |  |
| **ENDEREÇO** |  |
| **DATA DE NASCIMENTO** |  |
| **TELEFONE**  |  |
| **EMPRESA/INSTITUIÇÃO** |  |
| **CARGO** |  |
| **Para fins de pagamento precisamos das seguintes informações**  |
| Grau Acadêmico: |  |
| Data de Início do ultimo título de formação: |  |
| Data de Término do ultimo título de formação |  |
| Título do Trabalho: |  |
| Entidade/Instituição: |  |
| País: |  |
| Área de Conhecimento: |  |
| Orientador: |  |
| Cópia do Diploma (da última formação) |  Enviar o diploma via e-mail: capacitacao@reitoria.ufrn.br |
| **Aspectos Financeiros**( ) sem movimento de recursos financeiros ( ) com movimento de recursos financeiros (pagamento de Instrutor) **Agência bancária:** **Conta-corrente:** **Nome do banco:** |
| **Anuência do Gestor da Unidade** A atividade de capacitação descrita na proposta contribuirá para o desenvolvimento dos servidores lotados no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (setor/unidade). Nesse sentido, autorizo a participação na atividade dos servidores listados a seguir: |
| **Nome do servidor**: | **Cargo**: |
|  |  |
| **Assinatura do Gestor da Unidade** |
| **LISTA DE DADOS NECESSÁRIOS AO CADASTRO DE PARTICIPANTES EXTERNOS** (caso haja algum participante que não seja servidor da UFRN) |
| **NOME**  |  |
| **NOME DA MÃE**  |  |
| **CPF** |  |
| **RG** |  |
| **DATA DE NASCIMENTO** |  |
| **TELEFONE** |  |
| **MATRÍCULA (Caso seja aluno)** |  |
| **LOTAÇÃO** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **CARGO** |  |
| **INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA** |  |

 **Data:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Coordenador da Ação de Capacitação (pode ser digitalizada)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do instrutor da Ação de Capacitação (pode ser digitalizada)**